LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1953. 866 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplome d'Etat)

par

MOREL Jacques-Joseph-Yves
Né le 17 Janvier 1928 au Havre (Seine Inférieure).

Présentée et soutenue publiquement le 1953.

TRAITEMENT DU PROLAPSUS RECTAL DE L'ADULTE PAR L'ELECTROTHERAPIE DU SPHINCTER ANAL

Président : Monsieur le Professeur F. DE GAUDART D'ALLAINES.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : MOREL

Prénoms : Jacques, Joseph, Yves

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

I

MOREL (Jacques - Joseph - Yves).
Traitement du Prolapsus rectal de l'adulte par l'électrothérapie du sphincter anal.
Paris, Ed.A.G.E.M.P., 1953, in-4. 48 p.

2

MOREL (Jacques,- Joseph - Yves).
Traitement du Prolapsus rectal de l'adulte par l'électrothérapie du sphincter anal.
Paris, Ed.A.G.E.M.P., 1953, in-4. 48 p.

3

MOREL (Jacques - Joseph - Yves).
Traitement du Prolapsus rectal de l'adulte par l'électrothérapie du sphincter anal.
Paris, Ed.A.G.E.M.P., 1953, in-4. 48 p.

4

MOREL 5(Jacques - Joseph - Yves).
Traitement du Prolapsus rectal de l'adulte par l'électrothérapie du sphincter anal.
Paris, Ed. A.G.E.M.P., 1953, in-4. 48 p.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1953. N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplome d'Etat)

par

MOREL Jacques-Joseph-Yves
Né le 17 Janvier 1928 au Havre (Seine Inférieure).

Présentée et soutenue publiquement le 1953

TRAITEMENT DU PROLAPSUS RECTAL DE L'ADULTE PAR L'ELECTROTHERAPIE DU SPHINCTER ANAL

Président : Monsieur le Professeur F. DE GAUDART D'ALLAINES.

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudoin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudoin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Gougerot (H), Guillain, Harvier, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemaître, Lemierre, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Olivier, Ombrédanne, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN.....Léon BINET, Membre de l'Institut

ASSESSEUR.....Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		CORDIER. (G.)
Anatomie pathologique		DELARUE. (A.)
Bactériologie		GASTINEL. (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		CHAILLEY-BERT. (P.)
Biologie médicale		VERNE. (J.)
Cancérologie médicale et sociale		HUGUENIN. (R.)
Carcinologie		OBERLING. (C.)
Chimie médicale		POLONOVSKI. (M.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu	BROCQ. (P.)
	Saint-Antoine	CADENAT. (F.)
	Salpêtrière	MONDOR. (H.)
	Cochin	QUENU. (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique		MERLE D'AUBIGNE. (R.)
Clinique de cardiologie		DONZELOT. (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie		FEVRE. (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MONOD. (R.)
Clinique de la tuberculose		BERNARD. (E.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS. (D)
Clinique de puériculture		LELONG. (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS. (R.)
Clinique des maladies du sang		CHEVALLIER. (P.)
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE. (T.)
Clinique des maladies des enfants		DEBRE. (R.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET. (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY. (J.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO. (P.)
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu	BENARD. (H.)
	Bichat	LAROCHE. (G.)
	Cochin	MOREAU. (R.)
	Pitié	LEMAIRE. (A.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/traitmentduprola0000more

MM.

Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.....JUSTIN-BESANCON.(L.)
Clinique médicale propédeutique.....PASTEUR-VALLERY-RADOT.(L.)
Cliniques obstétricales...(Tarnier.....LANTUEJOUL.(P.)
(Baudelocque.....LEVY-SOLAL.(E.)
(Port-Royal.....LACOMME.(M.)
Clinique ophtalmologique.....VELTER.(E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique.....AUBIN.(A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires(chaire à titre personnel)..RICHET.(C.)
Clinique psychiatrique infantile.....HEUYER.(C.)
Clinique rhumatologique.....COSTE.(F.)
Clinique stomatologique.....DECHAUME.(M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale.....SENEQUE.(J.)
Clinique thérapeutique médicale.....CHABROL.
Clinique urologique.....FEY.(B.)
Embryologie.....GIROUD.(A.)
Génétique.....LAMY.(M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie..MOUQUIN.(M.)
Histologie.....CHAMPY.(C.)
Hygiène et clinique de la première enfance..CATHALA.(J.)
Hygiène et médecine préventive.....JOANNON.(C.)
Médecine du travail.....DESOILLE.(H.)
Médecine légale.....PIEDELIEVRE.(R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....GAILLIARD.(H.)
Pathologie chirurgicale.....DE GAUDARD D'ALLAINES.(F.)
Pathologie exotique.....LAVIER.(G.)
Pathologie expérimentale et comparée.....LENEGRE.(J.)
Pathologie médicale.....BARIETY.(M.)
Pathologie et thérapeutiques générales.....DE GENNES.(L.)
Pharmacologie et matière médicale.....HAZARD.(R.)
Physico-chimie médicale(chaire à titre personnel).....DOGNON.(A.)
Physiologie.....BINET.(L.)
Physique médicale.....STROHL.(A.)
Radiologie médicale.....DESGREZ.(H.)
Technique chirurgicale.....MOULONGUET.(P.)
Thérapeutique.....TURPIN.(R.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRE DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie..... { DEBEYRE.(J.)
{ DELMAS.(A.)

Anatomie pathologique..... { GAUTHIER-VILLARS (Melle P.)Pr.s.ch.
{ BUSSER.(F.)

Bactériologie	FASQUELLE.(R.) NEVOT.(A.)
Biologie médicale	BOURLIERE.(F.)
Chimie médicale	SETTORI.(J)Pr.s.ch. JAYLE.(M.F.)Pr.s.ch SCHAPIRA.(G.)
Dermato-syphiligraphie	N...
Histologie	DESCLAUX.(P.) BULLIARD(H) Pr.s.ch COUJARD.(R.)
Hydrologie	DEBRAY.(C.)
Hygiène	BOYER
Médecine légale	DEPARIS.(M.) DEROBERT.(L.) GAULTIER.(M.)
Neuro-chirurgie	N...
Neurologie	SEZE.(S.de) GRASSET.(J.)
Obstétrique	LEPAGE.(F.) MAYER.(M.) MERGER.(R.) RAVINA.(J.) VARANGOT.(J.)
Ophtalmologie	OFFRET.(G.) DESVIGNES.(P.)
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.(E)Pr.s.ch. MADURO.(R.)
Parasitologie	BRUMPT.(L.)
Parasitologie coloniale	ff CHABAUD.
Pathologie chirurgicale	ABOULKER.(P.) BAUMANN.(J.) GOSSET.(J.) HUGUIER.(J) LAURENCE.(G.) LEGER.(L.) OLIVIER.(Cl.) PADOVANI.(P.)
Pathologie chirurgicale	POILLEUX.(M.) ROUX.(M.) RUDLER.(J.-C.) VERNE.(J.-M.)
Pathologie expérimentale	MERKLEN.(P.)

MM.

Pathologie médicale.....	BERNARD.(J.) BOUDIN.(G.) CASTAIGNE.(P.) CONTE.(M.) DECOURT.(J.) DOMART.(A.) DREYFUS.(Gilbert) FAUVERT.(R.) HAMBURGER.(J.) KOURILSKY.(R.) MILLIEZ.(P.) PERRAULT.(M.) RAMBERT.(P.) THIEFFRY.(St.) TURIAF.(J.) N... N... N...
Pédiatrie.....	LAPLANE.(R.) MARIE.(J.)
Pharmacologie.....	LEVY.(Melle J.)Pr.s.ch. CHEYMOL.(J.H.)Pr.s.ch.
Physiologie.....	SARGETON.(D.)Pr.s.ch. PARROT.(J.L.)
Physique médicale.....	DJOURNO.(A.) GOUGEROT.(L.)
Psychiatrie.....	BARUK.(H.)
Psychiatrie infantile.....	MICHAUX.(L.)
Stomatologie.....	CHAPUT.(Mme A.)
Thérapeutique.....	PERRAULT. chargé de l'enseignemen
Urologie.....	KUSS.(R.)

III- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BRINDEAU. (A.) (Obstétrique), GATELLIER. (J.) (Clinique chirurgicale), LE LORRIER. (V.) (Obstétrique), VAUDESCAL. (R.) (Obstétrique).

IV- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale.....	AMELINE. (A.) MENEGAUX. (G.) PATEL. (J.) SICARD. (A.)
Clinique médicale.....	BOULIN. (R.) BROUET. (G.) CACHERA. (R.) GARCIN. (J.) HAGUENAU. (M.) MARCHAL. (G.) SOULIE. (E.)
Clinique obstétricale.....	DIGONNET. (L.) EGALLE. (G.)
Clinique ophtalmologique.....	RENART. (G.)
Clinique urologique.....	COUVELAIRE. (R.)

	MM.
Secrétaire de la Faculté.....	MOREL. (J.)
Secrétaire-adjoint.....	Melle CHANTREUIL (G.)

Conservateur.....Docteur HAHN. (A.)
Bibliothécaires.....M. DOUAN. (G.), Melles DUMAITRE. (P.)
GOICHON. (A-M.), LE NOIR. (G.), METIN. (F.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes chers PARENTS

bien faible témoignage de ma profonde affection et de ma très grande reconnaissance pour les sacrifices que leur ont imposé mes études.

A ma Soeur, à son Mari et à leurs enfants

Fraternelles et affectueuses pensées.

MEIS et Amicis

A Mr le Professeur G. d'ALLAINES
Chirurgien des Hôpitaux
Professeur de Pathologie chirurgicale.

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la Présidence de cette thèse.

Hommage respectueux.

Aux Membres de notre Jury

A notre Maitre le Dr A. BENSAUDE
ancien chef de Clinique à la Faculté
Médecin chef de l'Hopital du Raincy

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse et vive gratitude pour l'enseignement fécond qu'Il nous a dispensé en nous guidant avec bienveillance à l'Hopital Valère-Lefebvre, ainsi que pour l'aide de ses conseils éclairés et de sa précieuse expérience, qui nous furent si utiles dans l'élaboration et la rédaction de cette thèse dont il nous a inspiré le sujet.

A tous mes Maitres de la Faculté et des Hopitaux

et en particulier

Au Dr J.P. MAY électroradiologiste des Hopitaux.

qui a généreusement mis à notre disposition sa documentation personnelle et grâce à qui nous avons pu mener à bien ce travail. Qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

Aux Drs R. et B. Lascaux
chirurgiens de l'Hopital du Raincy

et Au Dr Anzeloux
Urologiste des Hopitaux.

auprès de qui nous avons passé une année riche d'enseignements.

Hommage respectueux.

Aux Drs J. DEMOLY et P. TORRE

qui ont toujours suivi avec un bienveillant intérêt nos études médicales.

Au Directeur de l'Hôpital Valère-Lefebvre du Raincy

et à la Communauté des Soeurs Servantes du Sacré Coeur

Respectueuse gratitude pour l'accueil bienveillant qu'Ils nous ont réservé et dont nous avons conservé le plus vivant souvenir.

A mes camarades de Faculté et d'Internat

G. BERNARD - V. BUKIET

D. GIRARD - A. LELAY

X. LENORMANT - N. MARKOVICS

Cl. RENOULT

TRAITEMENT DU PROLAPSUS RECTAL DE L'ADULTE PAR L'ELECTROTHERAPIE DU SPHINCTER ANAL

-:-:-:-:-:-:-:-:-

INTRODUCTION

Jusqu'à ce jour, le traitement du Prolapsus du rectum de l'adulte a toujours été un traitement purement chirurgical.

Outre que les résultats sont souvent incomplets, les récidives toujours possibles, il convient de remarquer que cette pénible infirmité atteint surtout des personnes âgées ou déficientes dont l'état général contre-indique souvent l'intervention sanglante.

Les traitements médicaux proposés ne constituaient jusqu'à maintenant que des traitements symptomatiques destinés à lutter contre l'infection et l'irritation du boudin rectal ou muqueux prolabé et dans aucun cas ne pouvaient contribuer au maintien en place du prolapsus.

Il était donc intéressant de chercher s'il était possible de trouver un moyen non traumatisant qui permette sinon de guérir le prolapsus, du moins de le maintenir réduit dans la journée, pour permettre au malade de mener une vie presque socialement normale et de supporter ainsi sans risques de fatigue, leur pénible infirmité.

Ce traitement paraît en partie réalisé par la <u>tonification des muscles sphinctériens par un traitement électrique</u>.

Ce traitement dont l'interêt fut souligné en 1948 par MM. A. BENSAUDE et J.P. MAY dans une communication à la Société

Nationale Française de Gastro-Entérologie (I) et dans un article paru, la même année dans la Semaine des Hôpitaux de Paris (I), a été appliqué sur un certain nombre de malades et nous voulons dans ce travail en exposer les résultats.

°
° °

Après un bref rappel anatomique des moyens de contention du rectum et un court chapitre anatomo-pathologique, nous envisagerons l'étiopathogenie des prolapsus du rectum (essayant de justifier par ces 3 chapitres le principe directeur qui a conduit à l'utilisation du moyen thérapeutique que nous proposons), et ferons un rapide exposé de leur symptomatologie clinique. Enfin, après avoir succintement fait état des divers traitements utilisés jusqu'à ce jour, nous étudierons les modalités d'applications, les indications et les résultats obtenus après plus de 5 ans d'expérimentation du traitement électrique des prolapsus du rectum.

(I) voir Bibliographie.

I) Rappel anatomique des moyens de contention du rectum

Moyen de soutènement pour les principaux organes pelviens, le rectum est lui-même maintenu dans le petit bassin par des moyens de fixité, les uns de suspension, les autres de soutien.

A - Moyens de suspension :

- le méso-rectum et le méso-sigmoïde
- les tractus celluleux sous-rectaux
- les vaisseaux hémorroïdaux supérieurs (branche de la mésentérique inférieure)
- les ailerons du rectum, vecteurs des vaisseaux hémorroïdaux moyens (branches de l'hypogastrique)
- les lames sacro-recto-génito-pubiennes,
- l'aponévrose de Denonvilliers et le fascia recto-génital
- la toile aponévrotique qui double le péritoine pelvien
- les vaisseaux hémorroïdaux inférieurs (branches de la honteuse interne).

B - Moyens de soutien

Ce sont, avec leurs aponévroses :

I°) Les muscles du périnée postérieur (plan profond) qui forment le diaphragme pelvien principal, à savoir :

- les releveurs de l'anus
- les muscles ischio-coccygiens.

a/ les releveurs de l'anus

Ils fixent l'angle ano-rectal et présentent deux parties :

La partie interne et profonde se termine sur le rectum (partie élévatrice), le reste (partie sphinctérienne) se fixe au coccyx et au raphé ano-coccygien en formant avec les mêmes faisceaux du côté opposé, une sangle rétro-rectale.

b/ les muscles ischio-coccygiens prolongent en arrière le plan des releveurs.

2°) Le noeud fibro-musculaire (noyau fibreux central du périnée) constitue la "poutre" du plancher pelvien.

3°) Le sphincter externe de l'anus qui entoure la partie anale du rectum et auquel B.W. GABRIEL reconnait 3 faisceaux soit, en allant de bas en haut :

- le faisceau sous-cutané,
- le faisceau superficiel,
- le faisceau profond qui n'est autre en réalité que le faisceau sphinctérien du releveur de l'anus.

ROUVIERE signale enfin le muscle recto-coccygien inconstant.

II) Rappel de l'Anatomie Pathologique des Prolapsus du Rectum.

On distingue deux grandes formes :

I°) le Prolapsus muqueux ou partiel,

2°) le Prolapsus total ou complet.

I°) Le Prolapsus muqueux ou partiel

C'est "l'invagination muqueuse" de CRUVEILLIER et le "Prolapsus ani" de KERSCHNER et LUDLOFF.

Il est caractérisé par le glissement sur la musculeuse restée en place de la muqueuse qui, seule, fait saillie hors de l'anus.

2°) Le Prolapsus total ou complet de CRUVEILLIER et GROSS. ou "Prolapsus invaginé" de GOSSELIN et BROCA, où toute la paroi rectale s'est invaginée par l'anus.

Il convient d'en distinguer 2 variétés :

A/ le Prolapsus "ani et recti"

B/ le Prolapsus "recti".

A - Le Prolapsus "ani et recti" de KERSCHNER ou prolapsus "complet simple" de LUDLOFF, où il se forme, quand le prolapsus dépasse 5 cm., une hernie d'un genre particulier appelée par UHDE "hédrocèle".

C'est une invagination de la partie inférieure du rectum.

B - Le Prolapsus "recti" de KERSCHNER et LUDLOFF ou "invagination procidente" de Delbet.

C'est une invagination de la partie supérieure du rectum, le canal anal restant fixe.

III) Etiopathogénie

3 points doivent être considérés dans l'étiopathogénie du prolapsus totaux du rectum.

I°) les facteurs anatomiques,

2°) le rôle de l'effort,

3°) l'affaiblissement des moyens de fixité.

Nous étudierons très brièvement les deux premiers points qui ne sont pas influençables par l'électrothérapie. Nous insisterons davantage sur le troisième et plus particulièrement sur le rôle que joue le sphincter anal.

I°) Les facteurs anatomiques : parmi ceux-ci il convient de retenir surtout :

- la longueur exagérée du mésocolon,
- l'excessive profondeur du cul de sac de Douglas, congénitale (GERARD - MARCHAND et MANDL) ou acquise.

2°) Le rôle de l'effort :

Il est, en étroite association avec l'involution sénile des tissus qui entraine une insuffisance du tonus, au premier plan de l'étiologie des prolapsus du vieillard (SCHWARTZ et HUARD).

En dehors des rares cas de prolapsus "de force" (GERARD-MARCHAND) succédant à un effort violent, tous les efforts capables de créer une distension du plancher pelvien, surtout s'il est nettement affaibli ou s'il présente une déficience congénitale, aggravent une sorte de "hernie périnéale" (LUBLOFF) qui est le point de départ du prolapsus.

Ces efforts sont ceux :

a) de toux chez les pulmonaires chroniques

b) de mictions chez les prostatiques, calculeux, rétrécis,

c) d'accouchements difficiles ou chez des femmes prédisposées (LUDLOFF),

d) surtout de défécation : la constipation opiniatre doit être surtout incriminée par les efforts qu'elle provoque, efforts aggravés par des positions de défécation défavorables (telle la position accroupie qui favorise la béance de l'anus) et tous les facteurs qui la prolongent.

Signalons également que pour LENORMANT la diarrhée chronique et toutes les causes d'irritation rectale par le ténesme qu'elle provoque, sont à mettre sur le même plan que la constipation.

Mais l'effort ne constitue qu'une cause favorisante, la cause déterminante étant avant tout l'affaiblissement des moyens de soutien du rectum.

3°) L'affaiblissement des moyens de soutien du rectum.

Il joue par 2 facteurs :

A - mobilité anormale de l'ampoule rectale qui permet l'invagination du rectum.

B - insuffisance de la tonicité du sphincter anal surtout. GROSS et GIRALDES, CRUVEILLIER et ESMARCH, OMBREDANNE et POPPERT mettent bien en évidence le rôle du sphincter externe qui est àcôté du releveur de l'anus, un des

éléments de première importance du plancher pelvien; que la résistance de ce plan solide sur lequel repose le rectum soit pour une raison quelconque inférieure à la poussée qu'il subit et le prolapsus se produira, comme l'ont écrit BROCA et LECENE.

Dans l'ensemble ces deux facteurs sont en rapport direct chez le sujet âgé avec un affaiblissement général de la musculature lisse et striée comme l'a bien montré DELBET.

On ne saurait trop insister, avec cet auteur, sur l'involution sénile des tissus entraînant une insuffisance du tonus musculaire. Son rôle est capital en effet dans l'étiologie des Prolapsus du vieillard. On peut dire que dans la quasi totalité de ces cas, elle constitue le point de départ, la cause princeps du Prolapsus.

Comme le souligne, avec de nombreux auteurs, P.DUVAL "De 40 à 60 ans, le développement d'un prolapsus du rectum correspond à la période d'involution des tissus, à l'affaiblissement des moyens de fixité du rectum".

Or, alors que le Prolapsus muqueux s'observe aux âges extrêmes de la vie, le Prolapsus total se rencontre surtout chez l'adulte entre la quatrième et la sixième décade.

Nous pouvons donc, avec BACON, mettre tout particulièrement l'accent sur le rôle primordial que jouent

"une débilité générale, une circulation imparfaite, l'amaigrissement et surtout l'insuffisance du tonus musculaire par involution sénile des tissus" rôle qui explique la relative fréquence d'apparition du Prolapsus total chez les sujets âgés de plus de 40 ans.

- Comme autres facteurs d'affaiblissement musculaire, de nombreux auteurs insistent sur le rôle favorisant de la recto-colite chronique, qui, facteur de sclérose péri-rectale, entraine une mauvaise nutrition des muscles soutenant le rectum, diminuant par le fait même leur tonicité (VERNEUIL et JEANNEL).

- Enfin il convient de signaler que parfois on retrouve à l'origine du prolapsus, parmi tous les facteurs susceptibles de créer ou d'aggraver une atonie sphinctérienne, certains traumatismes électifs distendant le sphincter et favorisant alors le prolapsus en rendant béant l'orifice anal :

(- dilatation anale trop brutale, qu'il s'agisse d'intervention pour hémorroïdes ou fissure, ou des interventions conservatrices pour cancer du rectum,

- coït anal.. etc.)

Quoiqu'il en soit, ne jouant plus son rôle de soutien du rectum, le sphincter anal devenu atone, non seulement peut favoriser le prolapsus mais encore et surtout empêche la contention dans la journée de ce prolapsus une fois réduit, ce qui est pourtant primordial, socialement parlant, pour le malade atteint de cette pénible infirmité.

IV) Symptomatologie clinique

Nous envisagerons successivement le prolapsus muqueux et le prolapsus total.

I - Prolapsus muqueux.

Il s'observe surtout chez l'enfant mais également chez le vieillard et plus particulièrement chez "l'hémorroïdaire constipé".

A - Signes fonctionnels. Cliniquement il s'agit d'un prolapsus permanent, gênant par les suintements qu'il provoque, qui souillent constamment le linge des malades, et par des phénomènes douloureux qui sont dus à l'irritation chronique et aux processus inflammatoires dont ces tissus perpétuellement en contact avec l'extérieur ne tardent pas à être le siège.

Par ailleurs, ces symptômes déjà gênants par eux-mêmes, sont aggravés par une incontinence d'abord partielle pour les gaz et les matières liquides, mais qui peut même s'étendre pour devenir globale, témoignant ainsi du rôle important que joue l'atonie sphinctérienne, bien mis en évidence par A. BENSAUDE et J.P. MAY.

Cette atonie apparait dès l'examen.

B - A l'examen, l'anus est élargi, béant, les plis radiés ont disparu. On aperçoit la saillie rouge, légèrement glaireuse, facilement saignante, de la muqueuse qui revêt la forme d'un bourrelet circulairement cannelé d'une hauteur de quelques centimètres et qui s'unit directement, sans sillon, à la peau

de la marge de l'anus.

II - Prolapsus total.

Son aggravation progressive, sa fréquente incoercibilité, la rectite ulcéreuse associée, en un mot tous les troubles et complications qu'il détermine en font une réelle et très pénible infirmité. Socialement les malades qui en sont porteurs sont très handicapés.

A - Signes fonctionnels : le prolapsus total est caractérisé par :

I°) la saillie hors de l'anus d'un volumineux boudin rectal. Cette issue d'abord intermittente, ne survient au début qu'à chaque défécation. A la longue en s'aggravant le prolapsus sort en dehors de la défécation au moindre effort (toux, éternuement, rires...) et même à l'occasion de la simple station debout, devient à la longue permanente.

Les malades sont dès lors constamment gênés par cette tumeur parfois volumineuse, en battant de cloche, qui vient entraver leurs mouvements et rend la marche difficile sinon impossible.

2°) des suintements permanents liés à la rectite associée.

Celle-ci consiste parfois en une simple congestion de la muqueuse mais peut être compliquée d'ulcérations qui donnent lieu souvent à des hémorragies qui peuvent être abondantes, surtout si le malade est porteur d'hémorroïdes.

Cet écoulement continu et irritant de sécrétions rectal entraine le plus souvent un érythème marginal très pénible à supporter.

3°) Une incontinence sphinctérienne.

Souvent il ne s'agit que d'une incontinence relative, car les malades conservent la sensation d'envie d'aller à la selle, mais ne retiennent que difficielement les gaz et les matières diarrhéiques. Mais bientôt la défécation devient très compromise par l'absence d'une fonction sphinctérienne et les selles s'échappent spontanément.

B - Examen. Le prolapsus se présente comme un tronc de cône à base anale, incurvé en arrière, de couleur rouge vif, plissé transversalement et couvert de mucosités et présente à son sommet un orifice ovale, où le doigt peut apprécier l'épaisseur de la paroi et le glissement l'un sur l'autre des cylindres qui composent le prolapsus.

On recherchera alors attentivement s'il existe un sillon à la base du prolapsus.

a) le prolapsus est du type "recti" s'il existe entre cette base et la peau péri-anale un sillon (plus profond en avant) où le doigt peut pénétrer pour faire le tour du boudin.

b) le prolapsus est "ani et recti" si, au contraire, la muqueuse se continue directement à la base de la tumeur avec la peau de la marge de l'anus, sans sillon de démarcation.

L'examen de la partie antérieure du prolapsus recherchera l'hédrocèle éventuelle.

Le pincement de la paroi antérieure du prolapsus permet, si celle-ci existe, de se rendre compte qu'elle est d'une épaisseur anormale. La percussion relève une sonorité à ce niveau. Si l'on exerce sur elle des pressions localisées, on peut percevoir le gargouillement traduisant la réduction des anses intestinales.

Il convient alors de vérifier la réductibilité du prolapsus. Elle est au début facile. Parfois elle peut être rendue difficile pour la variété "recti".

Le prolapsus étant réduit on peut alors, après avoir noté au besoin la présence d'hémorroïdes et avoir éliminé l'éventuelle présence d'une tumeur (polype ou cancer) provocatrice, mettre facilement en évidence l'atonie sphinctérienne qui est constante.

Alors que chez le sujet normal, toute tentative de déplissement des plis radiés de l'anus tend à déclencher une contraction réflexe du sphincter, au contraire, lorsque le sphincter est atone, la traction bidigitale de part et d'autre de la marge de l'anus a pour effet de l'ouvrir largement laissant percevoir le canal anal en entier.

Lorsque le boudin rectal n'est pas extériorisé au moment de l'examen, le diagnostic de Prolapsus du rectum peut être difficile et notamment avec la Procidence hémrroïdaire simple et le Prolapsus muqueux. Seule est visible l'atonie sphinctérienne. Il faut dès lors demander au malade de provoquer l'extériorisation de son Prolapsus par des efforts de défécation.

Evolution.- Tant que le prolapsus est intermittent, il ne produit de gêne sérieuse qu'au moment de la défécation et n'inquiète le malade que dans la mesure où celui-ci éprouve de la difficulté à réduire le rectum prolabé.

Mais au contraire, lorsque le prolapsus devient permanent, les troubles qu'il occasionne ne tardent pas à retentir sur l'état général du sujet (l'on note souvent de l'amaigrissement) d'autant plus que la rectite associée s'aggrave au fur et à mesure, finissant par entraîner, en plus du suintement irritant et des hémorragies, des douleurs vives, parfois intolérables.

Non seulement la santé des malades s'altère, mais de plus leur moral aussi est atteint. Leur caractère s'aigrit et ils deviennent à la longue véritablement obsédés par les pénibles désagréments de leur infirmité.

Complications.-

I°) C'est avant tout l'irréductibilité.

Si celle-ci peut se voir à la suite d'un effort violent, c'est surtout sous l'effet de la rectite associée, déterminant une transformation scléreuse des parois rectales et entraînant des adhérences, que le prolapsus incoercible devient irréductible.

2°) Il est classique de signaler 3 complications mécaniques majeures du prolapsus total du rectum.

a/ l'étranglement du prolapsus par le sphincter contracté

Il ne se rencontre bien sûr jamais chez le vieillard et chez le sujet à sphincter déficient sinon atone qui représentent la grande majorité des cas.

b/ Il en est de même de l'étranglement de l'hédrocèle

c/ Enfin l'exceptionnelle rupture du rectum au niveau de sa paroi antérieure.

En résumé : De l'étude clinique que nous venons de faire, il ressort que la grande majorité des inconvénients symptomatiques ou évolutifs du prolapsus muqueux et du prolapsus total est liée à la saillie plus ou moins permanente de la portion d'intestin évaginée et que tout moyen susceptible de maintenir dans le ptit bassin le boudin muqueux ou rectal entraîne ipso facto une amélioration symptomatique qui est un indice de Pronostic favorable du Prolapsus du rectum. C'est dire tout l'intérêt que prend à nos yeux le renforcement électrothérapique des moyens de contention sphinctériens dont nous justifierons de l'efficacité dans le chapitre suivant.

V) T R A I T E M E N T

Le but de ce travail étant de mettre en évidence l'interêt du traitement palliatif que constitue l'électrothérapie du sphincter, nous ne ferons pas la critique des différentes interventions chirurgicales proposées pour le traitement radical du prolapsus total du rectum.

Nous ne ferons qu'énumérer pour mémoire les principales techniques utilisées qui vont du cerclage à l'éxérèse en passant par les traitements s'adressant tant aux moyens de soutien qu'aux moyens de suspension du rectum.

I°) Traitement chirurgical

I) Le cerclage de l'anus de THIERCH (I89I)

Il est employé seul ou, par de nombreux chirurgiens, en association avec d'autres procédés (comme la résection large au thermocautère de quatre bandes muqueuses: HARTMANN) -

2) Les traitements s'adressant aux moyens de soutien du rectum :

a)- Rétrecissement de l'anus

Procédés de LENORMANT, FINSTERER,

Procédé de E. QUENU-HARTMANN,

b)- Opération de SARAPOFF (I939)

c)- Opération de CUNEO-SENEQUE (ou colpopérinéorraphie postérieure d'HEGARD associée à une myorraphie

des sphincters lisses et striés).

3) Les traitements s'adressant aux moyens de suspension du rectum :

a) Colopexie de JEANNEL (I889), QUENU et DUVAL,

b) Rectopexies postérieures de VERNEUIL, GERARD-MARCHANT et LENORMANT,

c) Rectopexies latérales de GHENIDI et QUENU,

d) Rectopexies par tamponnement : Méthodes de SICK et de LOCKHARDT-MUMMERY.

4) Exérèses :

a) Résection muqueuse de DELORME-JUVARA,

b) Résection totale : technique de MIKULICZ (I888)

c) Amputation intra-sphinctérienne de HARTMANN-BERGERET.

De l'aveu même de la plupart des chirurgiens qui se sont occupés de la question, les résultats de ces thérapeutiques sanglantes, plus ou moins traumatisantes, surtout chez les sujets âgés ou déficients aux tissus affaiblis, sont très particulièrement aléatoires.

Les récidives sont fréquentes, les interventions itératives souvent nécessaires. Mais à ces résultats inconstants, il faut ajouter encore la gravité de certaines de ces interventions qui nécessitent une laparotomie ou pour le moins un débridement péritonéal important et qui exposent à des complications post-opératoires toujours sérieuses, parfois redoutables.

C'est pour cela que, si chez les sujets jeunes aux tissus encore résistants, l'intervention chirurgicale garde ses droits, il nous semble que la mise en oeuvre d'un traitement palliatif susceptible de maintenir en place durant la journée le rectum, présente un intérêt capital chez les sujets âgés ou déficients.

Quant au prolapsus muqueux, le traitement chirurgical y est souvent particulièrement illusoire, étant donné l'atonie permanente et constante du sphincter anal. Le cerclage est souvent inefficace. Quant à la résection pure et simple du prolapsus, elle est illusoire puisque la persistance de l'insuffisance sphinctérienne est un facteur presque inéluctable de récidive.

2°) Traitement médical.

Parmi ceux-ci, il faut distinguer d'une part les traitements purement symptomatiques, d'autre part les traitements palliatifs et pathogéniques.

Il nous faut rappeler au préalable l'importance capitale que constituent de bonnes habitudes de défécation; c'est une discipline quotidienne afin d'éviter la constipation, une présence prolongée à la garde-robe et des positions défectueuses (en particulier et surtout la position accroupie).

a) Nous serons très bref sur les traitements symptomatiques, qui sont le complément indispensable de toute méthode médicale palliative.

C'est le nettoyage quotidien, soigneux, par de l'eau

bouillie de la muqueuse prolabée, sa protection et sa désinfection par l'application de pommades diverses (pommade au collargol, pommades vitaminées ou à l'oxyde de zinc..).

Signalons les excellents résultats obtenus en employant une huile astringente et désinfectante à base d'hamamélis, de jusquiame, de marron d'Inde et d'essence de gaultirie (Cf. observation n°22).

b) En dehors de l'électrothérapie, le <u>seul traitement palliatif</u> est constitué par la <u>sclérogénothérapie</u>.

De nombreux procédés ont été employés dans le but de provoquer le renforcement et la fixation de la paroi rectale au moyen d'injections sclérosantes avec diverses substances.

Nous citerons les principaux, ceux à la <u>paraffine</u> de GERSUNY ultérieurement modifiés par KLREWSKY et SPITZY, le procédé de R.BENSHUDE modifié par KAPLAN qui emploie le chlorhydrate double de quinine et urée à 5%, le procédé de LORINEPSTEIN qui utilise les injections d'alcool de même que le procédé de FINDLAY.

Les auteurs reconnaissent que ce mode de traitement ne peut, employé seul, être que souvent aléatoire, surtout pour un prolapsus nettement établi chez l'adulte (voir les observations N° 2 - 3 - I7 - et 20).

3°) L'électrothérapie.

A - Historique. Le problème de l'utilisation des courants électriques dans le diagnostic et le traitement des affections anales était posé depuis BERGONIE qui avait imaginé un appareillage et mis au point une technique de traitement. On trouve dans les éditions successives du traité d'Electroradiothérapie de DELHERM les grandes lignes de l'évolution de la technique.

Déjà DUCHENNE de BOULOGNE conseillait la faradisation (pour apporter "un soulagement en certains cas encore légers") et MITCHELL l'utilisa avec succès.

Ce sont, à notre connaissance, les seules tentatives de traitement électrique avant les travaux de A. BENSAUDE et J.P. MAY à l'hôpital Broussais de Paris, avec celle que depuis quelques années GABRIEL applique à l'hôpital St Marc de Londres,(suivant une technique d'une conception légèrement différente de celle préconisée par les Drs J.P. MAY et A. BENSAUDE) et qui fait une place importante à la gymnastique volontaire du sphincter dont déjà de nombreux auteurs avaient souligné l'action bienfaisante.

A. BENSAUDE et J.P. MAY sont d'accord avec GABRIEL pour recommander, comme adjuvant de l'électrothérapie, à leurs malades, dès la réapparition des contractions volontaires, de pratiquer une vingtaine de fois par jour des exercices actifs de contraction de leur sphincter anal.

B - Electro-diagnostic.

Ce traitement électrique doit être précédé de l'examen électrique du sphincter. Il est en effet illusoire de vouloir traiter électriquement un sphincter qui ne répond pas aux sollicitations électriques.

Cet examen électrique a été étudié récemment dans sa thèse par Jean MOUSSARD (Paris I95I).

Celui-ci insiste sur la difficulté qu'il y a dans l'interprétation des résultats qui demande à être faite par un électrothérapeute exercé.

Plusieurs cas doivent être envisagés :

a) Inexcitabilité faradique complète

b) Hyperexcitabilité galvanique et faradique.

a) S'il existe une inexcitabilité faradique complète, il est inutile de tenter le traitement puisque celle-ci signe une réaction de dégénérescence totale.

b) Par ailleurs, le pronostic sera d'autant meilleur que l'excitabilité galvanique sera moins perturbée.

L'existence d'un galvanotonus, d'une lenteur de la secousse, d'une inversion polaire, d'une réponse généralement faible à l'excitation électrique, indices d'une dégénérescence partielle, ne sont pas des contre-indications, mais nécessitent un traitement plus prolongé.

C - Injections médicamenteuses d'appoint

Au traitement électrique, le Dr A. BENSAUDE et J.P. MAY proposent d'ajouter une médication physiologique susceptible

de renforcer la tonicité musculaire. Ils se sont adressés à la Prostigmine et à la Vitamine BI à fortes doses.

a) La Prostigmine est faite par le Dr J.P. MAY, à la dose de 4 comprimés de I5 mg par jour pendant les séries électrothérapiques.

b) La vitamine BI est faite par le Dr A. BENSAUDE à la dose quotidienne de I00 mG, prolongée pendant toute la durée du traitement électrique. Ce traitement peut même être fait d'une façon systématique par cure de 20 à 30 injections périodiques entre deux cures électrothérapiques.

Nous signalerons à ce propos les excellents résultats obtenus par A. BENSAUDE dans le service du Dr CHIGOT à l'hôpital Trousseau par la seule vitaminothérapie B dans le traitement du prolapsus de l'enfant.

D - TECHNIQUE

La technique utilisée à Broussais par le Dr J.P. MAY, et décrite dans la thèse de MOUSSARD, comprend :

I° de l'ionisation

2° de la faradisation ou de la galvanisation rythmée.

I°) L'ionisation :

Elle se fait en trans-cérébrale avec une électrode bifurquée sur les yeux et imbibée de chlorure de calcium reliée au pôle positif du circuit du courant continu. (Celui-ci est fourni par un générateur qui dérive de la table d'électrodiagnostic classique grâce à un système redresseur et stabi-

lisateur de courant sous une tension de 6 volts), et avec une électrode olivaire, avec une âme en charbon des cornues tapissée d'un revêtement de gaze, maintenue dans la lumière anale. Cette électrode est reliée au pôle négatif et elle est imbibée d'une solution d'iodure de potassium à I%.

2°) La Faradisation :

L'application se fait en trans-abdominale, le malade étant en procubitus. Il appuie de tout son poids sur l'électrode indifférente, formée d'une plaque métallique laminée (le contact avec la peau du sujet se faisant par l'intermédiaire d'une compresse de coton imbibée d'eau stérile). Elle est reliée au pôle positif d'une bobine faradique. L'électrode active, qui est eun charbon d'Apostoli recouvert d'une couche d'ouate imbibée d'eau, est reliée au pôle négatif de la bobine faradique. On l'introduit au niveau du sphincter anal et on l'applique sur les 2 points moteurs des muscles qui se trouvent l'un à droite (2heures) l'autre à gauche (IO heures) de la ligne médiane.

On applique du courant tétanisant rythmé fourni par la décharge d'un condensateur variable qui permet d'avoir des courants de plus ou moins grande durée. D'autre part, une modulation permet de rapprocher ou d'éloigner les décharges depuis la décharge isolée jusqu'au courant trémulant. Le rythme standard correspond à un passage de 3 secousses suivi d'un repos compensateur de même valeur. Les secousses faradiques sont émises au rythme tétanisant de 40 à 5o par sec.

3°) Courant galvanique rythmé :

Chez les sujets dont l'électrodiagnostic révèle une inexcitabilité faradique (même au courant faradique tétanisant) et dont le sphincter répond au courant galvanique, on emploie pour l'électrothérapie, le courant galvanique rythmé suivant les mêmes modalités d'applications que pour le courant faradique.

4°) Moyenne fréquence rythmée :

Nous ne décrirons pas ici les modalités d'application de ce courant encore en expérimentation et qui seront exposées dans une thèse prochaine par le Dr WEIL. Seuls, quelques malades en cours de traitement et dont nous rapportons sans en faire mention dans nos statistiques, les observations bénéficient actuellement de cette nouvelle thérapeutique mise dernièrement à l'étude par le Dr J.P. LAY.

5°) Le but de l'ionisation iodo-calcique est trophique, celui de la faradisation ou galvanisation rythmée est de provoquer des contractions du sphincter, afin de réaliser un véritable "cerclage physiologique" de l'anus.

Chaque application dure I2 minutes, en commençant par la faradisation. Il y a une séance de 24 minutes tous les 2 jours. Le nombre des séances varie de I2 à 24 par série. On laisse un intervalle libre de I mois entre les séries qui doivent être continuées jusqu'à un résultat durable.

E - Indications de l'Electrothérapie

Les indications du traitement électrique sont essentiellement les contre-indications du traitement chirurgical (c'est à dire les sujets âgés, les sujets présentant un affaiblissement de l'état général ou une déficience tissulaire marquée).

Il est aussi à pratiquer chez ceux qui refusent le traitement chirurgical.

A ces indications il convient d'ajouter certains échecs du traitement chirurgical et nous faisons état dans notre statistique de deux atonies postérieures à des interventions pour Prolapsus (Obs. n°I4 et I5).

L'âge moyen de nos malades oscille entre 60 et 7I ans (I6 observations), 6 seulement de nos observations concernent des sujets plus jeunes :

26 ans	obs. n°I8	48 ans	obs. n°I
38 ans	obs. n°I4	54 ans	obs. n°5
47 ans	obs. n°I5	57 ans	obs. n°2I.

F - Résultats de l'Electrothérapie

Nous avons réuni 22 observations de Prolapsus du Rectum depuis I948 par le Dr J.P. MAY, pour la plupart dans le service Central d'Electroradiologie du Dr FOUBERT à l'hopital Broussais de Paris.

La majorité des observations cliniques ont été d'autre part recueillies dans les Services du Professeur d'ALLAINES, des Docteurs CATTAN et HILLEMAND, à qui nous adressons ici nos vifs remerciements pour leur extrême obligeance.

Enfin un certain nombre d'entre elles ont été particulièrement étudiées par notre Maitre le Docteur A. BENSAUDE.

Parmi ces 22 malades, 2 n'ont pas été traités :

l'un parce qu'il n'est pas revenu après l'électrodiagnostic (obs. n°9), l'autre parce que l'état du sphincter rendait plus qu'improbable toute amélioration par l'électrothérapie (obs.n°22 concernant un Prolapsus muqueux irréductible).

Sur les 20 malades restant

Nous ne ferons pas état dans notre statistique de 5 observations concernant des malades encore en cours de traitement (obs. n°I0 - II - I2 - I3 et 20).

Parmi les I5 autres observations

Il y a I2 succès (dont 2 relatifs - obs. n°I4 et I7)

et 3 échecs (obs. n°7 - 8 et 2I)

encore ces échecs concernent-ils, pour l'observation n°2I un malade dont on est sans nouvelle depuis sa seconde série d'électrothérapie en Mars I953, et pour les 2 autres des femmes âgées respectivement de 65 et 74 ans, déjà opérées pour Prolapsus total, qui, après une première série de 25 séances sans résultat, ne vinrent pas subir la seconde série d'électrothérapie proposée.

Ces I5 malades se répartissent comme suit :

9 Prolapsus totaux dont 7 succès (obs. n°I - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 et I6) et 2 échecs.

4 Prolapsus muqueux dont 3 succès (obs. n°I7 - I8 - et I9) et un échec.

2 Atonies secondaires à des interventions pour Prolapsus total avec 2 succès (obs.n°I4 et I5).

Ces résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous :

	Observ.	Echecs	Succès		Contention		Continence	
					excellente	imparfaite	absolue	excellente
Prolaps. total	9	2	7	77%	7		6	I
Prolaps. muqueux	4	I	3	75%		3	2	I
Atonies post-opérat.	2	-	2	I00%				2

I°) L'effet du traitement est plus ou moins favorable

I) Dans les Prolapsus totaux

Les résultats obtenus se traduisent par le maintien dans le Rectum du Prolapsus en dehors des défécations et une disparition totale de l'incontinence.

2) Dans les Prolapsus muqueux

On obtient plus difficilement chez tous les malades la contention du Prolapsus, mais l'électrothérapie lutte très efficacement contre l'incontinence.

3) En ce qui concerne les sujets présentant une incontinence par Atonie sphinctérienne secondaire à une opération pour Prolapsus, l'électrothérapie a agi favorablement sur l'incontinence, en réalisant, là encore, un véritable carclage physiologique de l'anus.

Dans l'ensemble le renforcement de la tonicité sphinctérienne et la contention parallèle du Prolapsus obtenus par l'électrothérapie sont d'une durée variable. Nous n'avons qu'une seule observation (n°5) dans laquelle une seule série de I2 séances a réalisé une amélioration qui persiste depuis 5 ans.
En ce qui concerne les observations n°3 et 6, l'amélioration persiste depuis respectivement 2 et 3 ans, après 25 séances seulement.

La plupart des autres observations montrent que l'amélioration obtenue a été d'une durée limitée, surtout après les premières séries, mais dépassant en moyenne un an. Aussi de nouvelles séries d'entretien peuvent-elles devnir nécessaires pour faire réapparaitre ou consolider une amélioration qui se révèle temporaire.

Quoiqu'il en soit, la plupart des malades ont été amélioré dès la fin de la première série d'application

(II sur I5 soit 73,3 %).

Notons en bref que les succès durables dont nous faisions état furent acquis au bout de :

I2 séances (obs.n°5)

25 séances (obs.n°3 et 6) 50 séances (obs.n°4 et I9)

40 séances (obs?n°I6-I7 et I8) 60 séances (obs.I-2 et I5)

Il convient de remarquer que chez certains malades les 2èmes séries et suivantes doivent être plus prolongées car la tonification du sphincter a été plus lente à obtenir.

C'est pour avoir des résultats plus rapides que nous avons utilisé chez quelques malades des injections adjuvantes de Vitamine BI et de Prostigmine et il semble que ces dernières thérapeutiques permettent une meilleure consolidation du tonus sphinctérien et que, d'autre part, pratiquées entre les séries d'électrothérapie elles puissent reculer l'échéance des séries ultérieures.

Le traitement est habituellement très bien supporté, il n'est pas douloureux. Certains malades, particulièrement nerveux, supportent assez mal au début les contractions sphinctériennes provoquées, mais habituellement il suffit de les rassurer pour la continuation du traitement.

En effet, si l'examen électrique a montré une capacité de contraction sphinctérienne suffisante on doit, en persévérant, obtenir des résultats favorables, lors même que les premières applications ont paru sans effet.

2°) Un autre point intéressant, qu'il importe de mettre en valeur, est fourni par l'électrodiagnostic du sphincter qui a montré que dans l'ensemble le sphincter des malades présentant un Prolapsus du Rectum est souvent électriquement touché.

En effet les réactions électriques se répartissent comme suit sur les 22 malades observés :

a) Réactions électriques normales	6	(obs.7-8-I2-I5-I8 et 20)
b) Réactions électriques subnormales (fatigabilité)	6	(obs.I-2-3-4-I6 et I7)
c) Hypoexcitabilité aux 2 modes et réaction de dégénérescence partielle.	8	(obs.5-6-II-I3-I4 et 2I) (élévation des seuils obs.9 et I9).
d) Réaction de dégénérescence complète	2	(obs.IO et 22)

De ce tableau, il résulte que sur 22 malades, IO présentaient une réaction de dégénérescence (partielle pour la grande majorité) soit 40 %. Or parmi des IO malades, on ne note qu'un seul échec (obs.n°2I) et 4 succès confirmés (obs.n°5-6-I4-I9)

/ En résumé / :

Les résultats de l'électrothérapie peuvent se schématiser de la façon suivante :

Dans les Prolapsus totaux du Rectum, très bons résultats puisque nous obtenons 77 % de succès, encore dans cette statistique ne faisons nous pas état de 4 malades dont le traitement est en cours, qui sont en voie d'amélioration et qui, nous l'espérons, pourront s'ajouter à nos succès.

Pour les Prolapsus muqueux, le traitement n'agit que sur l'atonie sphinctérienne et la continence anale, et ceci se comprend très bien si l'on se reporte au mécanisme de formation de ces procidences qui consiste en un glissement de la muqueuse sur les tuniques musculaires du Rectum maintenu solidement par ses moyens de suspension anatomiques.

Enfin nous voulons insister sur nos 2 observations d'atonies post-opératoires, qui montrent que même après une cure sanglante un complément électrothérapique est utile pour lutter contre l'affaiblissement sphinctérien qui est une des causes les plus importantes, sinon primordiales, du Prolapsus du Rectum.

Les résultats, plus ou moins durables, sont loin d'être toujours définitifs et de nouvelles séries doivent être envisagées au bout d'un temps qui varie selon les malades, étant surtout fonction du degré d'involution sénile des tissus et de la fatigabilité musculaire. Il est bien évident que chez un vieillard cachectique et en dénutrition les résultats seront

plus tardifs et moins bons.

Il n'en reste pas moins que le traitement électrique que nous proposons tel qu'il est malgré sa répétition et ses insuffisances, reste un excellent moyen palliatif de traitement, par une sorte de cerclage physiologique de l'anus, des Prolapsus du Rectum.

==========

O B S E R V A T I O N S

Observation n°I - M... Rose, 48 ans.

Le début du prolapsus total remonte à I940.
Il devient net en I943. Depuis I946 incontinence partielle, surtout marquée pour les selles liquides. Suintement. Très constipée. Traitée à Nancy pour atonie sphinctérienne par courants exponentiels rythmés et courant faradique, sans examen électrique du sphincter. En I940, début par ténesme puis prolapsus au moment des selles. Douleurs au moment de l'effort. Ière incontinence en I945. Vient consulter A. BENSAUDE en Juin I949.
Pas d'enfant.

Electrodiagnostic le 20/6/49, par J.P. MAY : le sphincter répond bien au courant faradique, au faradique tétanisant et au galvanique, mais il se fatigue si les chocs ne sont pas assez espacés.

On entreprend un traitement électrique à rythme lent : le IO/IO/49, après I5 séances, aucun résultat appréciable.

Revient consulter le 8/5/50 A. BENSAUDE : ayant eu de plus 6 injections sclérosantes, elle a constaté une amélioration passagère, mais le prolapsus ressort à la fatigue.

Elle subit du 8 mai au 26 mai I950, I6 séances journalières suivant la technique habituelle; d'où moins de fatigabilité.

Du I7/7/50 au I2/8/50, I2 nouvelles séances tous les 2 jours. On note alors un net progrès dans la contention, durant la journée, du prolapsus.

Revient consulter le I/9/5I : malgré 24 injections sclérosantes subies à Nancy, des séries répétées d'électrothérapie et des exercices musculaires, persistance du prolapsus total. Mais si la malade ne fait pas d'effort, le prolapsus ne sort pas.. Elle ne souffre plus. Grosse amélioration de la tonicité du sphincter.

Revue le 3/3/52. Depuis, grâce à une centaine de séances d'électricité, de la gymnastique volontaire du sphincter et des injections de temps en temps de vitamine BI, elle maintient son prolapsus toute la journée, sauf quand elle fait de l'alpinisme.

Obs. n°2 - D... Henriette, 64 ans.

Gros prolapsus total du rectum depuis I943, sortant de plus en plus. Incontinence très importante - sang dans les selles en I944. A été alors sclérosée pour ces hémorragies et cette procidence. Le prolapsus est permanent depuis ce traitement. Est très constipée. Grosse atonie sphinctérienne.

Electrodiagnostic le 4/6/47. Réponse faible dans sa force mais très nette, sans élévation du seuil au faradique. Au galvanique, réponse nette, contraction relativement marquée. Fatigabilité. Un peu de galvanotonus. Aucune réaction de dégénerescence.

Traitement : courant faradique rythmé (IO' espacé, IO' tétanisant, I2 séances tous les 2 jours du I6/6 au II/7/47.

N'a plus eu d'accident d'incontinence à partir de la 4è séance. Mais le prolapsus qui existe toujours est contenu pendant I à 2 heures dans la journée avant que la fatigue intervenant, il ressorte à nouveau - ce qui représente un gros progrès sur l'état antérieur. Succès incomplet qui se maintient après une 2è série identique de I2 séances du I7/9/ au I5/IO/ 47.

Le prolapsus persiste mais le sphincter est beaucoup plus continent. Elle ne perd plus de matières. Pas de changement au toucher rectal.

Elle revient consulter le 23 avril I948 car l'incontinence vient de reprendre, 6 mois après l'interruption du traitement.

Nouvelle serie de IO séances du 23 avril au 3 mai I948,
(avec I2' ionisation transcérébro-anale
(et I2' courant faradique rythmé
d'où grosse amélioration de l'incontinence.

De nouvelles séries identiques de 20 séances ont lieu du 7/5/5I au 22/6/5I et du I9/II/5I au II/I/52.

Depuis, amélioration persistante de la contention du prolapsus dans la journée. Plus d'accidents d'incontinence. Plus de suintement.

Ayant eu récemment une petite insuffisance cardiaque et, de ce fait, fatigant moins, son amélioration va en se confirmant.

Obs. n°3 - B.Delcrès, 66 ans.

Adressée en novembre I945 à A. BENSAUDE par le Dr LAMBLING pour prolapsus total avec incontinence spinctérienne depuis I940. Incontinence améliorée pendant 2 ans par des injections sclérosantes. Mais elle s'accentue à nouveau. Suintement - Anus béant avec perte de la sensibilité muqueuse.

Electrodiagnostic : les réponses du sphincter anal qui sont faibles au faradique mais qui existent, demeurent beaucoup plus nettes au faradique tétanisant rythmé et au galvanique. On obtient des contractions sphinctériennes encore assez importantes. Ni lenteur de la secousse ni réaction de dégénérescence. Au faradique les réponses sont faibles mais rapides.

Traitement par courant faradique rythmé seul

I série de I5 séances du 28/IO au 30/I2/49 apporte une très nette amélioration.

Revue les 27/2 et 6/3/50, le succès se maintient.

Revue le 4 mai I950 car de temps à autre, récidive de l'incontinence.

Traitée du 3 au 2I/I2/5I par IO séances du traitement standard comprenant :
(I2' de courant faradique rythmé intra-anal
(et I2' d'ionisation trans-cérébro-anale.
qui consolide l'amélioration persistante, confirmée par une lettre du 6/7/53.

Obs. N°4 - F... Charlotte, 67 ans.

Vient consulter le 5/II/5I pour issue de la muqueuse rectale après la selle depuis quelques mois. Jamais de sang dans les selles. Léger suintement avec glaires. Pas de prurit. Phénomènes absolument inédlores sauf un léger picotement après les efforts de défécation. Léger ténesme. Constipation opiniatre traitée par bourdaine et mucinum. Pas d'altération de l'état général. Atonie sphinctérienne complète avec incontinence. Pas d'hémorroides. La rectoscopie montre une muqueuse normale jusqu'à I8 cm.

Electrodiagnostic le 9/II/5I ; réponses quantitativement normales, qualitativement extrêmement faibles.

Traitement du I0/II/5I au 3/I/52 : I série de 20 séances standard.

Le I6/I/52 : objectivement béance très marquée mais subjectivement très nette amélioration.

- Reprise du traitement le II/2/52 par une série de I5 séances.

Revue le 6 mai I953 - Après un an d'interruption, amélioration persistante. Réduction spontanée du prolapsus après la selle. Mais si le prolapsusu ne sort plus, il ya de nouveau reprise récente du suintement et d'une légère incontinence.

Le II/5/53, Electrodiagnostic : réponses toujours qualitativement faibles mais bien meilleurs qu'en I95I.

On reprend le I3/5/53 le traitement électrique par une nouvelle série qui achevée le I7/6/53 fait cesser le suintement et l'incontinence.

Obs. n°5 - Mme B... Marie - 54 ans.

Vient consulter A. BENSAUDE en juin I948 pour troubles ayant apparus il y a un an : diarrhée sanguinolente, petit suintement, légère incontinence. A l'examen, anus béant. Atonie sphinctérienne. Prolapsus total avec hémorroides.

Electrodiagnostic le I8/6/48 : réponses faibles mais existantes au faradique et au galvanique. Pas de galvanotonus. Pas de fatigabilité.

I seule série de I2 séances standart du I8/6/48 au I6/6/48 apporte un succès complet et durable (avec cessation des troubles et une bonne contention du prolapsus) confirmé par une lettre du 20/6/53.

Obs. n° 6 - De B... Odette - 63 ans.

3I/I0/49 : Prolapsus total avec atonie sphinctérienne et légère incontinence. Anus très béant.

E.D. Faibles réactions aussi bien au faradique qu'au galvanique.

Du 4/II/49 au 3/I/50 Ière série de I2 séances comprenant :
(I2' courant faradique rythmé intra-anal
et (I0' ionisation calcique sur les yeux.

Elle apporte un succès complet, consolidé par une nouvelle série de I2 séances du 4/3/53 au 30/3/53 comprenant :
(I2' d'exponentiel rythmé intra-anal
et (I2' d'ionisation trans-cérébro-anale.

Revue le 5 mai I953 : depuis 3 ans la guérison se maintient totale et durable.

Obs. n°7 - P... Alphonsine - 74 ans.

Adressée le 7/II/49 à A. BENSAUDE par le Dr GIBERT pour prolapsus total et incontinence sphinctérienne depuis I an. A été cerclée sans résultat notable.

Electrodiagnostic le 7/II/49 : le sphincter répond correctement aux deux modes.

Du 9/II/49 au 23/I/50 on pratique une série de 25 séances associant ionisation et courant faradique rythmé, qui apporte une très légère amélioration passagère.

La malade est revue le 6/5/50. Elle reste dans l'ensemble très incontinente.

L'électrodiagnostic ne révèle aucune réponse au faradique. Réponse très faible au galvanique fort.

On propose malgré tout une nouvelle série d'électrothérapie mais depuis lors on est sans nouvelles de la malade.

Obs. n°8 - P... Rachel - 65 ans.

5/7/5I. Prolapsus total déjà opéré en I927. Incontinence complète. Episodes de diarrhée presque continus. Sang dans les selles. Brulures, sensation de tension anale. Rectoscopie : RAS jusqu'à 25 cm. Béance anale et atonie sphinctérienne.

Electrodiagnostic : très bonnes réponses aux deux modes galvanique et faradique.

Elle est mise au traitement habituel et subit une première série de 24 séances sans aucun résultat.

Revue en octobre 52, on lui propose une nouvelle série, mais la malade ne vient pas se faire traiter et on est depuis sans nouvelles d'elle.

Obs. n°9 - D... Albertine - 60 ans.

22/2/5I. Prolapsus total avec atonie sphinctérienne. Incontinence pour les gaz. Hémorroidaire constipée depuis IO ans. A subi une périnéorraphie il y a 7 ans. Depuis 4 mois ses hémorroides saignent mais pas de sang dans les selles. Elle salit son linge surtout après être restée assise. Pas d'amaigrissement. La rectoscopie montre une muqueuse normale jusqu'à I8 cm.

Electrodiagnostic 8/3/53 : réponses subnormales du point moteur gauche. Elevation du seuil galvanique et faradique avec manque de force des réponses du point moteur droit.

Le traitement électrique habituel lui est proposé mais la malade ne vient pas et on est depuis sans nouvelles d'elle.

Obs. n° IO - D... Suzanne - 60 ans.

26/3/53 : Prolapsus total 2 fois cerclé. Mais il sort en position debout et dans les efforts. Suintement des matières entre

les selles. Parfois un peu de sang dans les selles. Sphincter paraissant inexistant à l'examen.

Electrodiagnostic le I/4/53 : seules I ou 2 fibres se contractent légèrement. Mais au doigtier on ne perçoit aucun resserrement. Peu de chance d'amélioration. Mauvais pronostic .

Malgré tout, on entreprend le 28 avril 53 une série de 20 séances d'électrothérapie.

Obs. n° II - G... Germaine, 66 ans.

I7/5/53 : Prolapsus total volumineux, gros comme une tête foetale à terme. Apparence d'absence totale de sphincter. Prolapsus dificile à réduire. Hémorragies intestinales spontanées. Constipation opiniatre. Rectoscopie : RAS jusqu'à 20 cm.

Electrodiagnostic I/6/53 : réponses normales mais sans aucune force.

Depuis cette date, a été entreprise une série de 20 séances
(I2' contractions myodynaflux
(I2' ionisations trans-cérébro-anales
associée à la vitamine BI à fortes doses.

Obs. n°I2 - B... Sophie, 69 ans.

I7/6/53 Depuis 9 mois/I an, prolapsus total avec atonie sphinctérienne. Incontinence pour les gaz et les matières liquides. Petits saignements et pertes glaireuses au moment et en dehors des selles qui joints à la procidence importante l'obligent à se garnir. Le prolapsus est surtout marqué en fin de journée. Rectoscopie : RAS jusqu'à 25 cm.

Electrodiagnostic : réactions normales même à la moyenne fréquence.

Mise au traitement électrique (+ vitamine BI) à partir du I9/6/53 à raison d'une séance tous les 2 jours de
(I2' moyenne fréquence anale
(I2' ionisation trans-cérébro-anale.

Obs. n°I3 - M... Philipine - 70 ans.

Consulte le Dr Oeconomos le I9/5/53 pour douleurs hypogastriques avec hémorragies de sang par l'anus. Débacles diarrhéiques. Incontinence des matières. Au toucher rectal et à la rectoscopie (spasme à I5 cm) pas de tumeur, pas d'hémorroides.
Prolapsus total avec atonie sphinctérienne.

Electrodiagnostic du I2/6/53. Pas de réponse au courant faradique. Réponses faibles au galvanique. Mauvais pronostic.

Malgré tout on entreprend, le I5/6/53 une série de I8 séances, à raison d'une tous les 3 jours comprenant :
(I2' galvanique rythmé i.a.
(I2' ionisation trans-cérébro-anale.

Obs.n°I4 - R... Jacques - 38 ans.

Vient consulter à Broussais le Dr M.Y, le I8/5/5I pour des troubles rectaux ayant débuté il y a 8 ans par des hémorroides. 2 ou 3 ans après la résection chirurgicale de celles-ci apparition progressive d'un prolapsus rectal. Douleurs vives à la défécation. Incontinence. Quelques hémorragies suivant le bol fécal.

A déjà été opéré 2 fois de son prolapsus.
Le I0/2/50, à Péan (excision de bandes muqueuses : Hartmann et décollement rétro-anal : Didier) pour "volumineux prolapsus total du rectum, gros comme les deux pongs environ, avec important relachement du sphincter anal".
- Mais, récidive 2 mois plus tard et nouvelle intervention à Péan le 26/4/50 (Hartmann et réfection du sphincter).
- Nouvelle récidive dans les mois suivants : le rectum sort gros comme un poing au moment des selles et pendant l'effort. Incontinence intermittente. Nette béance sphinctérienne, mais bonne contraction au toucher rectal. Malgré tout l'abstention chirurgicale est conseillée et le malade est adressé au Dr M.Y.

L'électrodiagnostic du I8/5/5I montre une élévation du seuil faradique. Des réponses très faibles sur tout à gauche. Meilleures réponses au galvanique avec prédominance droite.

Il est mis au traitement électrique et subit du 2I mai au 24 juin I95I, 20 séances de I2' de galvanique rythmé et I2' ionisation trans-cérébrale.

Revu le 29/IO/5I par le Pr d'ALLAINES. Le malade continue à être gêné car le rectum sort à chaque selle, mais il a été amélioré par le traitement électrique. Cependant, reprises parfois de l'incontinence, épreintes fréquentes, quelques glaires et un peu de sang.

Aussi est-il réopéré par le Dr ALLARY le 9/II/5I par voie abdominale (colopexie avec talcage et plastri sphinctérienne).
Mais, devant l'atonie sphinctérienne, on demande une nouvelle série d'électrothérapie de I6 séances du 4/I2/5I au I7/I/52 qui supprime toute incontinence en augmentant le tonus sphinctérien. Mais persistance de douleurs à chaque selle.

Obs. n°I5 - F... Léon - 47 ans.

Prolapsus total du rectum opéré en I946. Amélioré mais il reste incontinence avec fuite de gaz, suintement et grosse atonie sphincterienne.

Electrodiagnostic du IO/3/52 : réponses normales.

Ire série du II/3 au 5/5/52 : 2o séances "standart"

qui amène une légère amélioration.

2è série du 27/5 au I7/7/52 : 2o séances identiques

qui apporte une nette amélioration. Le prolapsus ne sort plus. Parfois quelques accidents d'incontinence.

3è série du 4/II au 20/II/52 : persistance de l'amélioration plus jamais de prolapsus.

Ce succès est consolidé par une 4è série à partir du 30/3/53.

Obs. n°I6 - Ch... Jean - 70 ans.

9/IO/50 : prolapsus total du rectum avec atonie sphinctérienne. Prolapsus intermittent ces dernières années. Depuis juin, est devenu permanent. Un petit peu de sang rouge dans les selles. Pertes involontaires de matières. Suintement très important avec glaires. Fausses envies. Constipé depuis l'enfance. Amaigrissement de 6 kg en 4 mois. Légère asthénie mais bon appétit.

Toucher rectal = 0. Rectoscopie le I4/I0/50 : pas de tumeur.

Electrodiagnostic le I8/I0/50 Fatigabilité légère, mais contractions assez bonnes aux 2 modes.

Du 20/I0/50 au I2/I2/50 : Ire série de 2o séances "standard".

Revu le 9/2/5I : avait été très amélioré mais depuis peu, petit récidive.

Nouvelle série de I5 séances du I0/2 au I5/3/5I qui apporte une très nette amélioration persistante.

Obs. n°I7 - B... Joséphine - 62 ans.

Adressée à Tenon le 26/II/49 par son docteur pour "troubles sphinctériens depuis I939 et hémorroïdes ulcérées" dont elle souffre beaucoup et dont il demande l'ablation radicale. Elle a eu il y a I mois II injections sclérosantes qui n'ont apporté qu'un léger soulagement, mais aucune régression.

Atonie sphinctérienne avec incontinence pour les matières et les gaz. Prolapsus localisé de la muqueuse. Suintement continuel.

Electrodiagnostic en janvier I950 : troubles très légers des réponses qui sont un peu faibles au doigtier mais normales à la vue.

Revue le 22/2/50 ; après I5 séances de traitement électrique habituel, légère amélioration.

Revue le 2I/6/50 : après 40 séances de traitement électrique habituel et des injections de Prostigmine, elle est très amélioré au point de vue incontinence. Elle retient bien matières et gaz, mais le prolapsus demeure, surtout localisé à 7 h. On propose alors l'ablation de celui-ci qui a lieu le 5/7/50.

Obs. n°I8 - D... Huguette - 26 ans.

En avril 48 : a été opérée par le Dr KAUFFMANN pour prolapsus muqueux ulcéré.

En février 49 : réintervention pour adhérences.

Vient consulter le I3/6/50 pour impression de "tiraillement, de pesanteur dans le rectum". Ecoulement blachatre. Rares accidents d'incontinence. Pas de prolapsus décelable à l'examen. Pas de constipation. Parfois petit saignement rouge. Bon état général. Elle est mise à la diathermie.

Mais revient le 6/I/5I : aspect d'ectropion de la muqueuse (secondaire à Whitehead) vers 5 heures. Biopsie d'un polype à 6 h. (= adénome banal sans signe de dégénérescence). Pas de sphincter cliniquement. Très grosse atonie avec incontinence.

Electrodiagnostic le 25/I/5I : réactions normales pratiquement.

Elle est alors mise au traitement électrique habituel.

Revue le 3/3/5I : améliorée par I0 séances de faradisation mais, si elle souffre toujours de son ectropion (pour lequel on lui prescrit du Mitosyl) pas s'accident d'incontinence depuis.

Revue le 22/4/5I : après une nouvelle série, persistance de l'amélioration.

Revue le 30/6/5I : après une 3è série terminée le 20 juin. excellent résultat. Retient bien ses matières.

Depuis le succès se maintient durable et complet.

Obs. n°I9 - G... Marie - 7I ans

Prolapsus muqueux avec atonie sphinctérienne, suintement important et légère incontinence.

Le 24/3/52, Electrodiagnostic : Elévation des seuils galvanique faradique et faradique tétanisant, mais réponses nettes.

Traitement : 8 injections sclérosantes du 2/4 au 4/6/52 conjointement avec le traitement électrique habituel.

Du 26/3 au I4/5/52 : I série de I8 séances.

Revu le 26/5/52 : nette amélioration. Moins de pesanteur. Diminution du suintement mais persistance du prolapsus.

Reprise du traitement électrique : I8 séances du 9/6 au 2I/7/52.

Revue le 8/I0/52 : Va beaucoup mieux. Sphincter plus tonique. Continence meilleure. Reste le suintement.

Nouvelle série de I4 séances du I4/IO au I8/II/52.

Très nette amélioration persistante.

Obs.n°20 - G... André - 59 ans.

I5/4/53 : Traité sans succès par les injections sclérosantes pour prolapsus muqueux antéro-latéral. Atonie sphinctérienne. Incontinence.

27/4/53 : Electrodiagnostic : réponses normales. Bon pronostic.

On a commencé le 28 avril I953, une série de I8 séances standard.

Obs.n°2I - B... Eugène - 57 ans.

29/IO/52 vient consulter pour récidive d'un prolapsus muqueux, cerclé antérieurement. Incontinence très imprtante. Atonie sphinctérienne.

3/II/52 Electrodiagnostic : réponses extrêmement faibles (en force et en intensité).

Malgré tout, A. BENSAUDE ne veut pas opérer et demande la mise au traitement électrique :

Du I3/II/52 au 30/I2/52 : Ire série de I8 séances :
(I2' courant faradique tétanisant rythmé intra-anal
(I2' ionisation C.I. trans-cérébro-anale.

Très légère amélioration de l'incontinence.

2me série du 27/I/53 au IO/3/53 : I8 séances.

Depuis, pas de nouvelles. N'a pas été touché par une lettre demandant des renseignements sur son état.

Obs. n°22 - J...Jules - 60 ans.

Consulte à Tenon le 27/I/5I pour une tuméfaction apparue au niveau de l'anus il y a plusieurs années. Depuis quelques jours, elle est devenue douloureuse d'une manière permanente, entrainant de l'insomnie. Prolapsus muqueux irréductible. Parfois legères hémorragies.

Electrodiagnostic le I/2/5I. Aucune contraction anale. Pas de sphincter au point de vue contraction. Les fessiers se contractent à distance alors que l'anus ne répond pas. Le traitement sera sans effet.

Le malade revu le 20/4/5I se déclare soulagé fonctionnellement par une huile à base d'hamamélis, de jusquiame, de marron d'Inde et d'essence de Gaultirie.

=========

C O N C L U S I O N S

==========

I) De l'étude anatomique des moyens de fixité et de contention du rectum, aussi bien que de l'analyse des différents mécanismes pathogéniques du Prolapsus du rectum, il résulte que la tonicité de l'appareil sphinctérien joue un rôle capital dans le déterminisme des Prolapsus du Rectum.

II) Le rôle de la tonicité sphinctérienne est d'une importance égale quelque soit le type de prolapsus rectal, qu'il s'agisse d'un prolapsus muqueux ou d'un prolapsus total.

III) Du point de vue symptomatique, la permanence de la réduction du boudin rectal dans le prolapsus total, la

suppression de l'incontinence sphinctérienne dans le prolapsus muqueux, sont des éléments de pronostic favorable au cours de l'évolution du prolapsus du rectum. D'où l'intérêt du renforcement de la tonicité sphinctérienne par l'électrothérapie qui obtient ces résultats d'une façon physiologique.

IV) Au point de vue thérapeutique, le seul traitement radical du prolapsus total de l'adulte reste le traitement chirurgical. Mais ce traitement est contrindiqué chez le vieillard, et d'une façon générale chez tous les malades présentant une déficience musculaire globale, qui expose aux récidives. Dans ces différents cas, la stimulation électrique du sphincter donne des résultats appréciables, et réalise un véritable "cerclage physiologique" du sphincter.

V) La technique de ce traitement électrique consiste en :

- l'ionisation iodurée trans-cérébro-anale, dans un but trophique.
- et en faradisation ou galvanisation rythmée dans un but tonique.

A ce traitement, on peut adjoindre utilement des injections intramusculaires de Prostigmine et de Vitamine BI à fortes doses.

VI) L'application du traitement doit toujours être précédée de l'examen électrique du sphincter qui, seul, permet d'évaluer l'effet éventuel de l'Electrothérapie.

VII) Sur 22 malades observés, 20 prolapsus ont été traités, dont I3 pour prolapsus total, et 5 pour prolapsus muqueux, avec I2 résultats favorables (soit 80 %) et 3 échecs. Les 5 malades restant ne peuvent figurer dans ce travail, leur traitement étant en cours.

VIII) Les améliorations observées dans le prolapsus total du rectum sont les plus démonstratives et consistent dans le maintien de la réduction du prolapsus entre les défécations. Dans le prolapsus muqueux du rectum, la réduction de la procidence est moins complète mais l'électrothérapie agit favorablement sur la continence sphinctérienne.

IX) Le traitement électrique est indiqué également dans le traitement de l'incontinence, par atonie sphinctérienne observée dans certains cas de prolapsus traités chirurgicalement et donne dans ces cas des résultats favorables.

X) L'effet du traitement électrique est d'autant plus favorable, qu'il est appliqué d'une façon plus prolongée : vingt séances et davantage sont souvent nécessaires pour obtenir un résultat. On doit dans la majorité des cas, répéter les cures électrothérapiques d'une façon périodique à intervalles plus ou moins éloignés pour consolider et maintenir l'amélioration.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

B I B L I O G R A P H I E

BACON (H.E.) "Anus Rectum-Sigmoïd-Colon" Third Edition Vol.2, p.496 à 536.

BENSAUDE (A.) J.P.MAY et J.M.GILLET ("Atonie du sphincter anal : étude clinique et électrologique" Semaine des Hopitaux de Paris I4 oct.I948, 24e année, № 77.

" " et J.P. MAY ("De l'interêt de l'électrodiagnostic dans quelques états pathologiques du sphincter anal". Archives des maladies de l'appareil digestif 37, p.62I à 624, Oct I948.

CARRASCO (A.B.) (Contribution à l'étude des Prolapsus du Rectum Thèse, Paris I935 Etude clinique. Pathogénie et traitement chirurgical du Prolapsus du Rectum. Résultats éloignés (Masson, Paris I934).

COUDRAY (G.) Traitement du Prolapsus total du Rectum chez l'adulte Presse méd. 28-3I Mai I94I, № 46 et 47, p.585 et 586

CUNEO Sénèque Reconstitution de l'app.sphinctérien dans le Prolapsus du Rectum. J.de chirurgie Aout I93I, t.38, p.I90

DELBET (P.) Mal. de l'anus et du Rectum (traité de chir. Delbet et Le Dentu, tome XXVIII, I9I6, ch.IV et V.

DELHERM (L.) et Sauvignac Traité d'électroradioth. Tome III p.230I, Masson, Paris I95I.

DUVAL (P.) et Gatellier Trait. des Prolapsus du Rectum Précis de Path.Chir. I939.

Encyclopédie Médico-Chirurgicale "Maladie des Intestins" Tome III, Fasc.9080, I936.

FORGUE (E.) Mal. du Rectum et de l'anus (Précis de Path.ext. I948, Tome III, p.77I à 797).

GABRIEL (W.) Rectal surgery (Fourth Edition Lewis and Co,London)

GIRARD (H.) Trait. du P. du R. secondaire à l'amputation périnéale pour cancer (Thèse, Paris I95I).

HARTMANN (H.) Chirurgie du Rectum (Masson, Paris I93I)

HEPP (M.J.) Cf. Nouveau précis de Path.Chir.

HOWET (E.) Pathologie et Trait. chir. des P. du R. (Fac. de Méd. de Paris, Nº II3200, t.III).

HUBERT (J.) P. complet du Rectum. Trait. chir. (Thèse Bordeaux I946)

JADE (A.) ("Incontinences sphinctériennes idiopathiques et psy-
(chiques" American Journal of digestite diseases.
(Vol.I3, Nº8, Sept. I946 p.286 à 288.

LENORMANT P. du R. Causes et trait. opératoire (Thèse, Paris I903)

LOCKHART-Mummery "Diseases of the Rectum and Colon" Baillère Tindall and Co, London I934 p.4I-42- I22 à I24.

MAY (J.P.) Cf. Bensaude (A.)

MOUSSARD (J.) ("Contribution à l'étude du rôle des courants élec-
(triques dans le diagnostic et le trait. de l'ato-
(nie anale et de l'incontinence sphinctérienne
(d'origine périphérique", Thèse, Paris I95I.

Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale Tome V p.902 à 908 Masson, Paris I947.

PADOVANI (P.) "P. du R." (Cf. Encyclopédie Médico-Chir.)

ROUVIERE (H.) Rectum - Périnée (Traité d'Anatomie Humaine I943, Tome I, p.897-907 et I062 à I087).

VERGAT (R.) Contribution à l'étude du trait. des P. du R. par le procédé de Lockhart-Mummery (Thèse, Paris I945)

VOGEL (F.) (Nouvelle thérapeutique des affections anales
(par le courant électrique
(Zeit. f. chir. 29/3/4I Tome 68, Nº I3 p.593.

========

VU : Le Président de Thèse :

F. DE GAUDART D'ALLAINES.

VU : Le Doyen de la Faculté :

L. BINET.

VU & PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de

l'Académie de Paris :

J. SARRAILH.

Editions de l'A.G.E.M.P.